Clinica chirurgica propedeutica della R. Università di Napoli
diretta dal Prof. A. D'ANTONA

A PROPOSITO DI UN CASO DI STENOSI PILORICA

Lezione clinica del Prof. ANTONINO D'ANTONA

(*Lavoro estratto dalla* Riforma Medica *N. 161, Anno XV*)

PALERMO
Riforma Medica
1899

Clinica chirurgica propedeutica della R. Università di Napoli
diretta dal Prof. A. D'ANTONA

A PROPOSITO DI UN CASO DI STENOSI PILORICA

Lezione clinica del Prof. ANTONINO D'ANTONA

(*Lavoro estratto dalla* Riforma Medica *N. 161, Anno XV*)

PALERMO
Riforma Medica
1899

Stab. Tip. Fratelli Marsala
Palermo

Vi presento una donna a voi già presentata dal Prof. Cardarelli dalla cui clinica mi perviene per una affezione dello stomaco.

Vi riassumo la storia delle sue sofferenze.

Ha 51 anno, insegnante, maritata, ha avuto tre figli.

Nulla vi è da rilevare nei dati gentilizi e nell'anamnesi remota. Nessun contagio venereo-sifilitico. Ha menato una vita igienica.

L'inferma fa rimontare l'attuale malattia a sette anni fa quando in seguito ad un forte spavento ebbe disturbi della mestruazione ed una itterizia intensa che le durò 7-8 giorni con febbre fino a 41° e dolori intensissimi all'ipocondrio destro.

Con il chinino la febbre diminuì; ed il dolore si mitigò con l'applicazione di cataplasmi.

Persistendo la febbre il medico somministrò purganti forti in seguito ai quali un giorno venne presa da forti dolori di stomaco e da vomito che si ripetè a brevi intervalli per tutto il resto del giorno e per tutta la notte. Il liquido vomitato era giallo, amarissimo, di odore fortemente acido. Nel giorno seguente si ripetettero le sofferenze cioè l' intensa gastralgia ed il vomito nel quale alcune volte apparivano strie sanguigne. Detti disturbi, insieme ad intensa sete ed a forti rutti acidi persistettero circa un anno ripetendosi sempre ogni giorno appena introduceva un po' di cibo nello stomaco. Le sofferenze diminuirono in seguito a rigorosa dieta liquida.

Facendo un leggiero pasto al mezzogiorno, dieci a dodici ore dopo veniva costantemente svegliata da dolori penosissimi all'epigastrio ed al dorso e poco dopo aveva vomito di liquido giallastro con strie sanguigne e di sostanza simile a posa di caffè.

Nel materiale vomitato si trovavano spesso residui di cibi ingeriti parecchi giorni innanzi. Dopo il vomito le sofferenze cessavano completamente.

Cinque anni fa, pur restando immutati i disturbi descritti avvertì una mattina un forte dolore viscerale con subitaneo bisogno di andare di corpo, emettendo una grande quantità di sangue a grumi.

L' enteroragia si è ripetuta quasi ogni mese e l' inferma ha

potuto riscontrare nelle dejezioni delle masse rosso-scure con tutta l' apparenza di grumi sanguigni.

Come vedete la donna è molto sciupata, smunta; dimostra una età molto più avanzata della sua.

Il pannicolo adiposo può dirsi scomparso; ci è direi, un prosciugamento dei suoi tessuti.

Difatti, l' indice del deperimento del suo organismo è, il peso totale del suo corpo, che è in K. 39,700.

L'esame del sangue all'emoglobinometro del Fleischl è di 57.

Il ventre è appiattito quando si osserva l'ammalata dopo un digiuno protratto: invece dopo di un pasto, anche tenue, si vede l' addome tumefatto di molto.

Attraverso le pareti sottilissime dell'addome è possibile vedere qualche volta delle contrazioni parziali, e di breve durata, dello stomaco.

L'aja gastrica ha i seguenti confini: il superiore corrisponde al 8° spazio intercostale sulla parasternale di sinistra; l'inferiore arriva quasi al pube.

A sinistra lo stomaco arriva alla linea ascellare anteriore e posteriore al 5° spazio.

Questa dilatazione gastrica è resa più evidente insufflando dell' aria di cui si può misurare quantità e pressione. Questo metodo è preferibile, secondo noi, al comune metodo delle polveri producenti sviluppo di acido carbonico.

Con la palpazione non si provoca dolore all'inferma ma un distintissimo rumore di guazzamento.

Portando l'esame alla regione pilorica si sente palpandola una resistenza che nonostante la grande sottigliezza delle pareti addominali non si può ben delimitare. Inferiormente si può seguire sotto forma di un' infiltramento diffuso, la cui superficie appare leggermente scabra.

Questo infiltramento è doloroso alla palpazione e segue pochissimo i movimenti respiratori.

L'esame del contenuto gastrico dopo un pasto di prova di Ewald ha dato i seguenti risultati:

Reazione fortemente acida. Presenza di acido cloridrico libero (reattivo di Günzburg). Tracce di acido lattico (reattivo di Uffelmann). Acidità totale normale 1,27 $^{0}/_{00}$ (metodo della fenolftaleina). Acido cloridrico totale normale 1,095 $^{0}/_{00}$ (metodo di Mintz).

Al microscopio si son riscontrati numerosi bacilli, alcuni streptococchi, nessuna sarcina.

Come si è andato costituendo questo stato di cose nella nostra inferma?

Noi chirurgi incliniamo ad ammettere sempre che le gastrectasie sono legate ad un ostacolo di canalizzazione del piloro ed accettiamo solo in casi eccezionalmente rari che si tratti di dilatazione primitiva idiopatica dello stomaco. Anche nei beoni la dilatazione gastrica non raggiunge un indice così alto come nei disturbi di canalizzazione pilorica. Ordinariamente, invece, è una ostacolo al piloro che produce un'ipertrofia delle pareti gastriche che sono obbligate a spiegare una forza propulsiva maggiore per vincere l'ostacolo. A questa ipertrofia, persistendo od aumentando

gli ostacoli pilorici, segue una dilatazione gastrica con atrofia delle pareti.

Stabilitasi la dilatazione, gli ostacoli al passaggio del materiale per il piloro aumentano, giacchè alla stenosi preesistente si aggiungono nuove condizioni per costrizioni che avvengono nella regione pilorica ed anche perchè questa, ad uno stato avanzato di gastrectasia è situata più in alto del gran cul di sacco dello stomaco. Questa nuova condizione fisica non permette il vuotamento completo del contenuto gastrico per attuare il quale del resto non sarebbero più sufficienti le deboli contrazioni delle atrofiche pareti dello stomaco. Questo ristagno concorre alla sua volta ad aumentare la dilatazione ed a favorire fermentazioni e putrefazioni, causa di continue auto-intossicazioni.

Nella nostra inferma come inizio delle sue sofferenze non si può parlare di semplice spasmo del piloro. In questi casi per vittitazioni irritanti, per iperacidità del contenuto gastrico si determina una contrazione spasmodica del piloro per cui il contenuto gastrico non può essere svuotato. Basta in questi casi semplicemente modificare la reazione (bicarbonato di soda od altri alcalini) perchè lo svuotamento avvenga.

Se questi spasmi si ripetono frequentemente e non vi si pone rimedio, si stabilisce per la remora degli alimenti nello stomaco una dilatazione di questo e quindi tutte quelle condizioni che favorendo la decomposizione del contenuto contribuiscono a fare aumentare la gastrectasia e con questa la possibilità di ragadi al piloro che alla lor volta saranno causa di ulteriori spasmi.

Ma, nella storia che avete intesa delle sofferenze della nostra inferma nulla vi è che autorizzi a pensare a pregressi spasmi pilorici. Invece l'insorgenza del suo male si deve attribuire ad un catarro gastro-duodenale che si propagò anche alle vie biliari donde l'itterizia che sette anni fa ebbe a soffrire.

Questo processo catarrale producendo infiammazioni peribiliari si è esteso a tutto il con-nettivo peripilorico donde le contrazioni riflesse del piloro e quindi la formazione di ulcerazioni pileriche della cui esistenza ed estensione fanno testimonianza il sangue vomitato e quello emesso per il retto. Come conseguenzadella guarigione, più o meno completa, di queste ulcerazioni si ha la formazione di quelle masse residuali intorno al piloro che abbiamo rilevato con la palpazione.

Come rimediare a questo stato di cose?

La cura medica è insufficiente. E' dovere del medico di non temporeggiare con inutili somministrazioni di farmaci e di inviare sollecitamente l'infermo al chirurgo.

La prima idea che venne ai chirurgi (Billroth e sua scuola) fu di estirpare in questi casi il piloro e rifare così un canale permeabile.

Questo processo fu invero ideato per l'ablazione dei neoplasmi della regione pilorica.

Il nostro Loreta pensò di sfibrare e sfiancare con la divulsione digitale il piloro stenosato, sia attraverso le pareti dello stomaco, sia aprendo una piccola breccia sulle pareti gastriche attraverso della quale praticava la divulsione. Questo processo in alcuni casi hadato buoni risultati, ma molte volte è insuffi-

ciente perchè la lesione può ripristinarsi, anzi per lo più la stenosi si ripristina, senza dire che non è facile trovare la misura del grado di dilatazione da ottenere.

Difatti, in un caso da me operato l'anno scorso con il metodo Loreta la dilatazione digitale produsse una dilacerazione del piloro per cui l'operazione principiata come divulsione dovette completarsi con una piloroplastica alla Heineche-Mikulicz.

Il processo di piloroplastica si fonda sulla formazione di una cicatrice trasversale dei margini di una incisione praticata longitudinalmente sul punto stenosato. Ne risulta così una dilatazione del lume ove prima era una stenosi.

Il Durante ha praticato un processo di gastro-piloroplastica mercè di una incisione ad Y che permette la trasposizione di un lembo triangolare della parete gastrica anteriore nella breccia della regione pilorica.

I metodi chirurgici più recenti hanno avuto di mira l'attuare la canalizzazione del contenuto gastrico in un modo più completo, ed appunto la chirurgia gastrica con la gastroenterostomia ha fatto uno dei più brillanti progressi.

Le prime gastroenterostomie furono praticate impiantando un'ansa del digiuno sulla parete anteriore dello stomaco (Wölfler).

Si vide che questo processo dava spesso luogo ad inginocchiatura dell'ansa afferente e del colon trasverso per la pressione determinata dal grande omento.

Doyen cercò rimediare a questi inconvenienti trasportando il grande epiploon nella retro-cavità dell'epiploon e fissando il colon trasverso alla grande curvatura dello stomaco. Il processo è molto ingegnoso.

Risultati migliori si hanno praticando la gastroenterostomia alla Von Hacker. Questi pratica un'apertura attraverso il meso-colon trasverso ed impianta un'ansa del digiuno a 20-30 cm. dal piloro, in modo da situare la ansa efferente da sinistra verso destra con una torsione a ciambella. Questo ottimo processo ha dato qualche volta luogo a rigurgito di bile nello stomaco.

Spetta al Roux l'avere ideato un processo che elimina tutte le obbiezioni mosse ai precedenti. Aperto il ventre e sollevato il grande epiploon egli ricerca l'ansa del digiuno a 20 cm. circa dal piloro e la incide. Prende quindi la branca inferiore e la innesta, attraverso ad una breccia fatta nel mesocolon trasverso, alla parete posteriore dello stomaco a poca distanza dalla grande curvatura e dal piloro. Innesta quindi lateralmente la branca superiore ad un 10-15 cm. circa dalla praticata riunione gastro-intestinale sulla branca inferiore venendo così a dare alle anse innestate l'aspetto di un Y. Si stabilisce così una gastro-enterostomia ed una digiuno-digiunostomia. Queste riunioni si possono praticare sia con sutura che con bottoni di Murphy.

Operazione— Disinfezione accurata del campo operativo e morfiocloronarcosi.

Nel mezzo della linea xifo-ombelicale si pratica una incisione che arriva in basso fino all'ombelico.

L'incisione arriva fino al peritoneo. Si cerca l'ansa del digiuno e trovatala a circa 20 cm. dal piloro la si incide trasversalmente

dopo avere in precedenza allontanato il contenuto intestinale dal punto dove si pratica l'incisione. Enterostasi del capo centrale con una pinza corta di Billroth le cui branche sono ricoperte da tubi di cautchouc più lunghi delle branche in maniera che applicata la pinza, le due estremità dei tubi si comprendono in altra piccola pinza e l' enterostasi è completa senza maltrattamento dell' ansa intestinale. L' enterostasi del capo terminale è fatta dal pollice e dall'indice di un' aiuto. Si applica a questo capo inferiore una metà del bottone di Murphy con la solita sutura a borsa di tabacco. Per una piccola breccia attraverso il mesocolon trasverso si scovre la parete posteriore dello stomaco in vicinanza della piccola curvatura ed alquanto discosto dal piloro. A questo punto dell'atto operativo l'operatore osserva meglio il piloro e conferma un indurimento cicatriziale. Nel sito indicato pratica una piccola apertura nel senso verticale rispetto all'asse del corpo e vi applica l'altra metà del bottone che riunisce alla metà già applicata eseguendo così una gastro-digiuno-stomia posteriore retrocolica. Il capo duodenale del digiuno, lungo circa 15 cm. viene innestato ugualmente con un bottone sull'ansa dello stesso digiuno già innestata allo stomaco, a circa 20 cm. al disotto della inserzione gastrica in modo da formare così un Y.

Due punti di sutura restringono la fessura del meso-digiuno diviso. Tutte le manovre eseguite sono sequestrate dalla cavità addominale mercè un largo uso di pannolini.

Il tempo impiegatovi fin'ora é stato di 25 minuti. Si completa l'operazione con la sutura del peritoneo, e con la sutura molto stretta ed a punti staccati, in massa della cute e del piano muscolo-aponeurotico.

Decorso post-operativo, completamente apirettico.

Ferita guarita *per primam*. In 13ª giornata emette il bottone della digiuno-digiunostomia.

Peso del corpo il dì	30 marzo	Chg.	41 1[2
» »	» 15 aprile	»	46
» »	» 4 giugno	»	53,700

La pubblicazione di questa storia viene in ritardo di quattro mesi. Così posso riferire meglio degli effetti lontani dell' operazione. Anzi ho pensato bene di dare qui alla luce un breve specchio degli otto casi di chirurgia stomacale operati negli ultimi quindicimesi. (V. tabella pag. 124).

Nome e Cognome	Età	NOTIZIE ANAMNESTICHE	Esame del chimismo gastrico	LESIONE ED OPERAZIONE ESEGUITA	ESITO	Peso prima di operare	Peso dopo operato	OSSERVAZIONI
Teresa Losquadro	ann. 39	da due anni dolore e senso di peso allo stomaco—da sei mesi dolori e vomito prima ad intervalli di 6-8 giorni e poi quotidiano. Mai ematemesi.	Presenza di grande quantità ac. cloridrico. Assenza di ac. lattico e butirrico.	Si trova il piloro aderente al fegato ed una chiazza di induramento alla faccia posteriore. Peripilorite. Stomaco dilatato. Gastroenterostomia alla von Hacker con il bottone di Murphy. (17 gennaio 1898).	Guarig.	Kg. 47	Kg. 49,500	I punti furono tolti in 7° giornata; nella notte seguente per uno sforzo di vomito la ferita si aprì per un buon tratto e venne fuori una massa di epiploon grossa quanto un manderino. Questa massa fu legata alla base con seta e distrutta poco per volta con cauterizzazioni.
Francesc. Gala	36	da dodici mesi disturbi di stomaco (dolore, peso, qualche volta vomito), da sei mesi dolore intenso, bruciore, vomito quasi ogni giorno, talvolta con strie di sangue.	Assenza di acido cloridrico. Presenza di acido lattico e butirrico.	Vasta ulcerazione guarita situata sull'antro pilorico e sulla piccola curvatura. Il piloro lascia passare un'asta di penna. Tentativo di divulsione alla Loreta; durante il tentativo lacerazione della parete posteriore del piloro in senso longitudinale. Sutura trasversale di essa. Combinazione quindi della divulsione e della piloroplastica posteriore. (20 aprile 1898).	Guarig.	39	71	
Maria Viggiano	46	sette anni fa, dolore allo stomaco, al dorso, peso, eruttazioni acide, vomito ed itterizia. Da un'anno frequenti enterorragie ed ematemesi. Dolori intensi, vomito quasi giornaliero (2-4 ore dopo il pasto).	Presenza acido cloridrico. Tracce di acido lattico.	Notevole gastrectasia. Pilorite e peripilorite. Gastroenterostomia alla Roux (con 2 bottoni). (2 febbraio 1899).	Guarig.	39,700	53,700	Emette il bottone della digiuno-digiunostomia in 13.ma giornata.
Giuseppe Mattaroeci	36	circa cinque anni fa forti dolori gastrici ed ematemesi grave. Poi sempre sofferenze gastriche. L'anno scorso altra grave ematemesi, dolore, senso di peso, eruttazioni acide, vomito, itterizia.	Presenza di grande quantità di ac. cloridr. Assente Pac. lattico.	All'operazione fu trovato il piloro impigliato in una massa che l'attaccava alla testa del pancreas. Gastro-enterostomia alla Roux. (con 2 bottoni) (8 marzo 1899).	Morte in 9° giornata			Il bottone della digiuno - digiunostomia avea mancato donde enterorragie ed ematemesi.
Raffaele Franco	36	dodici mesi fa gastralgie, eruttazioni acide; cinque mesi fa il dolore ed il senso di peso divennero insopportabili. Si procurava il vomito ogni giorno. Nel vomito cibi ingeriti 3 giorni prima. Da due mesi comparsa del tumore sotto il bordo costale. Mai ematemesi.	Assenza di acido cloridrico. Presenza di acido lattico e butirrico.	Forma vegetante di carcinoma che occupa antro pilorico, piloro e parte del duodeno. Resezione dell'antro pilorico, del piloro e di circa 7 centim. di duodeno. Gastroenterostomia poster. con bottone. (17 maggio '99).	Guarig.	44,500	52,700	Il bottone dell'innesto gastro-digiunale fu emesso in 16.ma giornata.
Filippo Pellicciari	40	tre anni fa primi disturbi gastrici, che durarono 5-6 giorni. Itterizia. Poi sofferenze vaghe. Da un anno forti dolori, peso, eruttazioni acide, vomito quasi giornaliero (2 a 3 ore dopo il pasto). Mai ematemesi.	Presenza di acido cloridr. Assenza di acido lattico.	Enorme gastrectasia. Aderenze del piloro trasformato in cercine fibroso. Gastro-enterostomia posteriore (von Hacker) e seguita con triplice strato di sutura. (27 maggio 1899).	Guarig.	53,200		
Raffaele Santillo	29	da 14 anni sofferenze gastriche alternate con brevi periodi di benessere. Qualche volta vomito. 3 mesi fa ematemesi grave poi gastralgie intense, eruttazioni acide e vomito che lo ammalato procura da sè.	Presenza di acido cloridr. Presenza di acido lattico.	Piloro aderente alla piccola ala del fegato. Placca cicatriziale alla superficie anteriore, di esso. Gastroenterostomia posteriore alla von Haeker con il bottone. (8 giugno '99).	Guarig.	45		
Rosalia Falsone	41	fin da cinque anni disturbi gastrici. Da circa sei mesi senso di peso allo stomaco e vomito giornaliero delle sostanze ingerite. (Piloroplastica). Le sofferenze scomparvero completamente.— Dopo 3 mesi ritornano le gastralgie, il vomito. Intolleranza perfino dei liquidi.	Presenza di acido cloridr. Assenza di acido lattico.	(25 maggio 1898). Piloroplastica alla Mikulicz. (31 maggio 1899). Gastroenterostomia alla von Hacker (con bottone).	Guarig.			Emesso il bottone il 1° luglio.